Rectale und urethrale Krisen
bei
Tabes dorsalis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 28. JULI 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Erich Schayer

aus Berlin.

OPPONENTEN: Herr Dd. med. Richard Blanc.
„ Dd. med. Alexander Rabe.
„ Dr. med. Wolfgang Salman.

BERLIN
C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING)
Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0029

Seinem Vater gewidmet.

Zu den relativ nicht sehr häufigen Symptomen bei der Tabes gehören sehr charakteristische Erscheinungen seitens der inneren Organe, die sich in bisweilen sehr heftigen Schmerzen äussern. Die Kenntnis dieser überaus wichtigen Complicationen ist besonders deshalb von so ausserordentlichem Interesse, weil sie häufig die Vorboten oder auch lange Zeit die einzigen Symptome der eigentlichen Erkrankung sein können. Nur zu häufig haben sie schon selbst bei den erfahrensten Aerzten eine andere Krankheit vorgetäuscht und eine geradezu falsche Therapie veranlasst. Das Verdienst, die Bedeutung dieser Phänomene in ihrem ganzen Umfange speciell für die Diagnostik gewürdigt zu haben, gebührt Charcot und seiner Schule. Vor ihm hatte schon Cruveilhier in seiner Anatomie pathologique (VI. 1840. Maladies de la moelle épinière) bei einer 54jährigen Strickerin, welche die ausgesprochensten Symptome der Tabes darbot, auf teils willkürlich, teils unwillkürlich auftretende Contractionen in den Muskeln des Larynx, Pharynx und in den Bronchien hingewiesen. Auch Gull (In Guy's Hospital Reports-Cases of paraplegia 1858), Duchène, De Boulogne (Archives générales de médecine 1859), Trousseau (Clinique de l'hôtel de Dieu) und andere scheinen schon den Zusammenhang gewisser visceraler Symptome mit der Tabes geahnt zu haben. Hebt doch schon Bourdon 1861 gastro-intestinale Störungen bei einem Tabiker hervor, welche anfangs leicht waren, bald aber so

an Bedeutung gewannen, dass sie im Vordergrund des Interesses standen und die ganze Scene beherrschten. Aber erst Delamarre hat 1866 in seiner denkwürdigen Schrift: Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice, die enge Verbindung dieser douleurs viscéralgiques mit der Tabes nachgewiesen. Dann lenkte Charcot, wie erwähnt, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den hohen Wert dieser Symptome für die Diagnostik. M. Dubois durfte 1868 die Entdeckungen seines grossen Meisters veröffentlichen. (Étude sur quelques points de l'histoire de l'ataxie.) Ihnen schloss sich Féréol (Société médicale des hôpitaux 1868 p. 82) an, der auf die crises laryngo-bronchiques hinwies. Vulpian (Leçons sur les maladies de la moelle 1879) behandelte alle diese Krisen mit der grössten Ausführlichkeit, und Fournier gab eine genaue, fast schematisierende Einteilung derselben, auf die ich öfter zurückkommen werde. Romberg, Leyden 1876 (Klinik der Rückenmarkskrankheiten), Eulenburg, Westphal und viele andere erweiterten durch ihre Forschungen das klinische Bild der Tabes und heutzutage ist die Buntheit der Symptomatologie der Tabes eine so mannigfache, dass wir mit Recht behaupten können: Ein jedes Organ kann im Laufe der Tabes afficiert werden. Bevor ich zu meinem Thema übergehe, möchte ich noch die einzelnen Krisen kurz charakterisieren. Die Störungen von Seiten des Digestionsapparates bestehen hauptsächlich in plötzlichem Auftreten von Gastralgie, sehr heftigen cardialgischen Schmerzen, lebhaftem Erbrechen, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung und Constipation (Leyden). Die zuerst von Cruveilhier erwähnten, von Féréol genauer studierten Broncho- und Laryngo-Krisen, welche besonders häufig Frühsymptome der Tabes sind, zeichnen sich durch einen der Tussis convulsiva ähnlichen Husten aus und gehen mit gleichzeitiger beängstigender Dyspnoe einher. Charcot hebt als besonders charakteristisch ein andauerndes Beklemmungsgefühl, laut pfeifende Geräusche und sehr heftige asthmatische Anfälle hervor. Nach Leyden macht häufig ein Schweissausbruch dem Anfall ein Ende, während bei Charcot diese vertiges

laryngés mit Aushusten „wurmförmiger Sputa“ schlossen. Eine ähnliche Affection, die der franz. Forscher „Ictus laryngeus“ nannte, besteht in einem Hitze- und Kitzelgefühl im Kehlkopf. Auf eine kurze, tönende Inspiration folgt ein Erstickungsanfall, der die Patienten bewusstlos zur Erde streckt, ohne aber von langer Dauer zu sein und das Leben der Kranken zu gefährden.

Was die renalen Krisen anbetrifft, so äussern sich diese in Nierenkolik ähnlichen Schmerzattaquen. Bei den von Leyden beschriebenen cardialen Krisen treten Schmerzen in der Herzgegend auf, die bis in die Arme ausstrahlen, mit Angstgefühl verbunden sind, im ganzen grosse Aehnlichkeit mit der Angina pectoris haben. Wir kommen jetzt zu den rectalen und urethralen Krisen, zu deren genauerer Kenntnis in klinischer Beziehung die nachfolgenden Zeilen beitragen sollen. Die rectalen Krisen, namentlich aber die urethralen sind viel weniger bekannt, als die bisher erwähnten.

Leyden sagt in seiner Klinik der Rückenmarkskrankheit II 1876 p. 342: Noch seltener (als der Sphincter vesicae) wird der Sphincter ani gelähmt, erst in weit vorgeschrittenem Stadium kommt es zu zeitweiliger Incontinentia alvi. Häufiger ist ein schmerzhafter Stuhlgang, welcher besonders nach jeder Entleerung auftritt und eine Weile anhält. Ziemlich häufig ist Trägheit der Stuhlentleerung.

Romberg und Eulenburg erwähnen ebenfalls nur kurz einen pressenden Druck im Rectum, Spasmus ani und Proctospasmus, d. h. krampfhafte Zusammenziehung der Sphincteren.

Nach Westphal (Berl. klin. Wochenschrift) treten die Anfälle teils spontan, teils nach der Stuhlentleerung resp. bei der Harnentleerung auch nach dem Coitus auf und haben oft den Character heftiger, tenesmusartiger Schmerzen, wie sie Hämorrhoidarier haben. Er hält sie häufig für Frühsymptome, bevor es namentlich zu Ataxie und Sensibilitätsstörung gekommen ist. Im Anschluss an diese Auseinandersetzung veröffentlicht W. zwei Fälle, bei denen

heftige Schmerzen im Anus und im Blasenhalse in ihm den Verdacht auf beginnende Tabes erregten. Im ersten Fall litt der Patient, der vor Jahren Schwindelanfälle und Erbrechen hatte, an heftigen Schmerzen im Abdomen und beim Urinieren. Patellarreflex fehlte. Der andere betraf einen 43jährigen Patienten, der seit zehn Jahren über schmerzhaften Stuhlgang, über zuweilen unwillkürliche Harnentleerung und einen heftigen Schmerz im Abdomen klagte, der als ein eigentümliches sehr unangenehmes Taubheitsgefühl in die Oberschenkel bis zu den Kniegelenken ausstrahlt. Das Harnlassen war erschwert; Blase und Rectum gesund. Sobald die Schmerzen sich einstellten, wurde der Gang unsicher. (Berl. klin. Wochenschrift No. 1. 1878).

Vulpian schildert die Rectalbeschwerden folgendermassen: Die Patienten haben fortwährend das Bedürfnis, das Appartement aufzusuchen, bisweilen tritt aber schon vorher Entleerung ein, oder der Drang lässt nach, sobald die Kranken ihm genügen wollen. Nach ihm soll häufig eigentümliches Kriebeln und Stechen unter bisweilen lebhaftem Schmerzgefühl in der Analgegend auftreten, soit sous la forme d'une impression de dilatation forcée, produite par un corps à la température ordinaire ou un fer rouge. Diese, teils plötzlich, teils andauernd auftretenden Schmerzen sind an eine bestimmte Entwickelung der Tabes durchaus nicht gebunden, können vielmehr jahrelang den allgemeinen tabischen Erscheinungen voraufgehen. Während sie bei Vulpian sich mit gastr. Krisen und mit lancinierenden Schmerzen vergesellschaften, betont Charcot ihre häufige Verbindung mit den douleurs fulgurantes. Wie Westphal, hat auch er diese Krisen häufig frühzeitig wahrgenommen, und sie bei der Diagnose verwertet. Sie traten plötzlich auf und bestanden in dem sonderbaren Gefühl, ols ob dem Patienten ein umfangreicher Körper mit Gewalt in das Rectum eingeführt würde. Les douleurs térébrantes, sagt er, sont comparées par les malades à celles, que déterminerait l'introduction brusque et soudaine d'un instrument piquant, d'un poinçon, d'un poignard, auquel on imprimerait en même temps un mouvement de torsion. Les membres

inférieurs sont toujours préférablement affectés; néanmoins les membres supérieurs, la tête, le tronc, ne sont pas, tant s'en faut, toujours respectés. (Malad. du syst. nerv. 1880.) Am Ende jeden Anfalles stellte sich bei einem seiner Patienten lebhafter Stuhldrang ein, und bisweilen gingen auch unfreiwillige Fäcalmassen ab. Dazu gesellte sich ein häufiges Bedürfnis zu urinieren, mit heftigen Schmerzen bei der Emission. Katheterismus und die Rectaluntersuchung ergaben ein negatives Resultat. Erst das Erscheinen der lancinierenden Schmerzen hellte das Krankheitsbild auf. On comprend, so schliesst er diese Krankengeschichte, l'intérêt, que peuvent acquérir ces epiphénomènes dans certaines circonstances, où le diagnostic reste incertain. Ganz ähnlich beschreibt Dr. Franz Spitzer (Wiener Medic. Blätter 1886 Nr. 14) die Rectalbeschwerden. Der Fall ist besonders deshalb interessant, weil fast alle oben geschilderten visceralen Symptome bei ein und demselben Individuum vereinigt sind. Ein 47jähriger Patient, der unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Tabes erkrankt war, klagte plötzlich über Blasenkrämpfe und Harndrang. Die Harnentleerung fühlte er nicht und musste diesen Act mit den Augen controllieren. Nach der Harnentleerung hatte er das Gefühl von Völle in der Blase, 10 mal in der Stunde schmerzhaften Harndrang, ohne urinieren zu können. Seit dem Beginn der Erkrankung bestand Obstipation. Seit einigen Jahren leidet er an Mastdarmtenesmus, verbunden mit lancinierenden Schmerzen. Im weiteren Verlaufe kam es infolge des sehr heftigen Drängens zu Prolapsus ani. Dabei klagt Patient über das Gefühl, als ob ihm mit einem dicken Stück Holz in dem Mastdarm herumgefahren, und derselbe auseinander gerissen würde. Ausser diesen Symptomen bestanden noch crises gastriques, crises laryngées und bronchiques, Hallucinationen auf dem rechten Ohre und schliesslich gegen Ende nochmal perforant du pied.

Fournier, der auch bei den gastrischen Krisen eine übersichtliche Einteilung gegeben hat, teilt auch die Rectalbeschwerden kategorisierend ein:

1. Ténesme intestinal.

Besteht in dem häufigen Stuhldrang, bis 12 mal tgl., Schmerzen fehlen, ebenso auch das von Charcot beschriebene Gefühl von Fremdkörpern im Anus.

2. Diarrhée tabétique.

Ist nur durch die Häufigkeit der Stühle ausgezeichnet, für deren Zustandekommen er einen Grund nicht finden kann.

3. Accidents rectaux,

comprenant eux-mêmes quatre symptomes différents, à savoir:

a) constipation rectale,
b) Incontinence anale,
c) Ténesme recto-anale,
d) Anesthésie recto-anale.

Die Obstipation ist bekanntlich ein ganz gewöhnliches Symptom bei der Tabes.

Bei der Incontinence anale können zwar die Patienten bei normaler Beschaffenheit den Stuhl zurückhalten, lassen ihn aber sofort tropfenweise unter sich, sobald er diarrhoeisch geworden ist.

Auch beim Urinlassen, beim Lachen treten häufig unwillkürliche Entleerungen ein.

Unter ténesme recto-anale versteht er das Gefühl der Patienten, als ob ihr Rectum mit Kotmassen stark angefüllt wäre oder stark ausgedehnt würde, was dem Bedürfnis vorausgeht, das Rectum zu entleeren. 15 bis 30 mal versuchen sie, sich auf dem Appartement dieses lästigen Gefühls zu entledigen, sie suchen mit dem Finger den Gegenstand zu entfernen, alles vergeblich, bis der Anfall sein Ende hat. Zum Schluss spricht er noch über die Anesthésie recto-anale, se caractérisant de la façon suivante: perte de la sensation du passage des matières fécales et perte de la sensation d'exonération rectale. C'est à dire, en d'autres termes, que les malades, lorsqu'ils vont à la selle, n'ont pas conscience, qu'ils vont à la selle, et que d'autre part l'acte activé, ils n'ont pas la sensation normale de la fonction accomplie.

Fourniers Beobachtungen sind grösstenteils von C. Eckert (Inaugural. Dissertation 1887) bestätigt worden. Eine seiner Patientinnen hatte beständig die Sensation, als ob ihr jemand mit einem Messer im Anus herumschnitte; ausserdem hat sie bei bestehender Diarrhoe kein rechtes Gefühl der Entleerung, war sie verstopft, so nahm sie die Defaecation deutlich wahr. Eine andere Patientin zeigte die von Fournier unter 3b aufgeführten Symptome, gleichzeitig bestand ein Gefühl von Abgestorbensein im Anus. Im Gegensatz zu der vorigen hatte sie kein Gefühl, auch wenn der Stuhl noch so consistent war. Wieder eine andere beschrieb das Gefühl im Anus als pochend, „als ob ein Puls im After wäre". Bei dieser bestanden gleichzeitig crises gastriques und laryngées.

Schliesslich weist er in noch 4 anderen Fällen von Rectalbeschwerden, von denen 2 mit crises gastriques, die anderen mit heftigen Durchfällen compliciert waren, auf einen schmerzhaften Druck im Anus hin, besonders nach der Defaecation oder dem Urinlassen.

Im Anschluss an diese Bemerkungen erlaube ich mir, die Krankengeschichte eines Falles von Tabes, verbunden mit gastrischen, penalen und rectalen Krisen, mitzuteilen, den ich auf der Klinik des Herrn Geh. Rat. Leyden zu beobachten Gelegenheit hatte.

R. Jochow, 38 Jahre alt, hereditär nicht belastet, in der Jugend gesund, erkrankte 1875 infolge einer Erkältung, wie er angiebt, plötzlich an heftigen Magenbeschwerden, Erbrechen und völliger Appetitlosigkeit. Gleichzeitig stellten sich Blasenbeschwerden ein und Schmerzen in der Blasengegend. Er konnte keinen Urin lassen und musste sich katheterisieren lassen. Blitzartige Schmerzen bestanden nicht. Diese Beschwerden dauerten nur 3 Wochen, um dann spurlos zu verschwinden. Ende der 70er Jahre bemerkt Patient vorübergehend Störungen in der Bewegungsfähigkeit und in der Beherrschung der Bewegung der unteren Extremitäten, Erscheinungen, die er stets auf eine Erkältung des Unterleibes zurückzuführen geneigt war. Auch diese Symptome

traten nur alle 3—4 Wochen, im ganzen ungefähr 3—4 mal auf; 1881 und Anfang 82 war Patient gesund. In diesem Jahre acquirierte er Lues, die er durch eine Inunctionskur bekämpfte. 1885 im Frühling stellte sich heftiges Reissen ein, das sich in den Knie- und Fussgelenken besonders localisierte. In fast jedem Frühjahr wiederholten sich diese Anfälle.

Seit März 1890 verspürte Patient Steifigkeit im Kreuz, er hatte das Gefühl, als ob er einen Gürtel um den Leib hätte. Ausserdem hatte er über Uebelkeit und Würgen zu klagen, ohne dass es zu Erbrechen kam. Im Sommer 1891 litt Patient ausser an den genannten Beschwerden an schwerem Stuhlgang und anfallsweise auftretenden sehr heftigen Leibschmerzen. Ferner giebt er an, er habe häufig das Gefühl gehabt, als ob „etwas in der Brust hochkam," als ob die Brust platzen sollte. Im Winter 91 wurden die Schmerzen heftiger und auch häufiger. Dazu gesellte sich heftiges Herzklopfen, und das Gefühl, als ob er auf dem Rücken ein Brett trage, war anhaltend. 1892 stellte sich ein taubes Gefühl in Händen und Füssen ein. Vor 6 Wochen kamen Blasenbeschwerden hinzu. Er musste 15—16 mal urinieren, jedesmal sehr wenig. Die Störungen der Motilität waren anfangs sehr gering, später aber trat bei der geringsten Bewegung lebhaftes Schwanken ein. Ich möchte gleich hier bemerken, dass in diesem Falle die Blasenbeschwerden (1875) ein Frühsymptom waren, das nur 3 Wochen anhielt, um dann erst wieder 1892 aufzutreten. Die Thatsache, dass in manchen Fällen die Blasenstörungen nicht nur das erste, sondern auch für lange Zeit das einzige Symptom bilden, wird auch von Berger [Bresl. Aerztl. Zeitschrift 1884 No. 13] bestätigt, bei dessen Patienten die Latenzperiode häufig zwischen 8 Monaten und 7 Jahren schwankte, so dass ein Kranker 7 Jahre als blasenkrank galt; unter 224 Kranken Fourniers, von denen 98 an Blasenbeschwerden während der ersten Krankheitsperiode litten, beobachtete er nur 8 mal Retentio urinae. Auch Vulpian sagt über die Häufigkeit der Blasenbeschwerden:

L'incontinence est beaucoup plus fréquente, que la rétention, dans les cas beaucoup plus rares on l'observe.

Alle diese Störungen pflegen in wiederholten Anfällen, wenn auch in längeren Intervallen aufzutreten. Dass aber dieses Frühsymptom nur 4 Wochen anhält, um erst nach 7 Jahren bei der bereits ausgebildeten und wohl charakterisierten Tabes wieder zu erscheinen, dürfte höchst selten beobachtet werden. Ich glaube, diese Thatsache spricht unbedingt für die Behauptungen Ira von Gieson's, welche er über das Zustandekommen der Krisen bei der Tabes aufgestellt hat, und auf die ich am Schluss der Arbeit zurückkommen werde.

Status: Patient ist ein ziemlich kleiner Mann, von kräftiger Musculatur.

Er klagt über Schmerzen im Leib und über Neigung zum Brechen. Temper.: 36,5, Puls 70. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Abnormes. Was das Nervensystem anbetrifft, so fühlt Patient Berührung mit einem Pinsel im allgemeinen gut und sicher. Ganz aufgehoben erscheint aber der Tastsinn 5 cm oberhalb und unterhalb des Nabels und in der Regio inguinalis; fast ganz in einer beiderseits 10 cm breiten Zone längs der ganzen Wirbelsäule. Die Antwort „Ja" erhält man bei 10 Berührungen nur 1 mal. Aehnlich verhält sich die Plantarfläche der Zehen; hier werden nur stärkere, streichende Pinselbewegungen empfunden. Die Schmerzempfindung anbelangend, so rufen selbst stärkere Nadelstiche in der Rückengegend keine Schmerzäusserungen hervor. Dieselbe Unempfindlichkeit besteht an den Beinen, besonders an den Zehen und an der Ulnarseite beider Arme. Die Empfindung in den Oberarmen ist gut erhalten. Eine Verspätung der Schmerzäusserung wird nicht beobachtet. Ortsinn, Druck- und Muskelsinn sind nicht wesentlich verändert. Paraesthesien bestehen auf dem Rücken, „als wenn ein Brett aufliege."

An Füssen und Händen besteht ebenfalls Taubheitsgefühl. Die Motilität betreffend, so fehlen Lähmungen, die

motorische Kraft ist nirgends nachweislich herabgesetzt, die Augenbewegungen sind frei, nur an den unteren Extremitäten ist die Coordination gestört. Die genauere Prüfung der Ataxie ergiebt: Beim Heben der Beine (liegend) sind die Bewegungen ausfahrend und über das Mass hinausgehend. Schliesslich befinden sich die Pupillen in reflektorischer Starre und bei Lichteinfall, wie in der Dunkelheit, im Zustand einer nicht hochgradigen Myosis. Patellarreflexe, Fussclonus, Hautreflexe fehlen. Die sexuelle Potenz hat abgenommen. Hat er nachts wollüstige Träume, so entleert sich seiner Angabe nach häufig kein Sperma, sondern Urin im Strahle.

7. XII. 92. Beklemmungen in der Regio epigastrica, Obstipation seit 3 Tagen. Ord: Glycerin-Klystier.

8. XII. Klagen über Schwäche, Gürtelgefühl, Magenleere.

13. XII. Diarrhöen, Stiche in der Magengegend.

14.—17. XII. Diarrhoe mit Obstipation abwechselnd; starker Urindrang.

19.—20. XII. Gastrische Krisen.

Seit drei Tagen ist das Allgemeinbefinden wesentlich verändert, er hat sehr häufig Uebelkeiten und Würgegefühl, findet durch Brechen Erleichterung, liegt fest zu Bett.

21. XII. Erbrechen hört auf, aber vielfach saures Aufstossen.

24. XII. Patient, der sich seit einigen Tagen ziemlich wohl fühlte, klagt mit geringer Unterbrechung über beständige Uebelkeit und verspürt grosse innere Unruhe.

25. XII. Wohlbefinden.

26. XII. Patient ausserordentlich unruhig, krümmt sich im Bette vor Uebelkeit und Schmerz. Obstipation andauernd.

28. XII. Mehrfache gastr. Krisen.

29. XII. Patient weist die Nahrung zurück aus Furcht vor Erbrechen, so dass das Körpergewicht, welches bei der Aufnahme 100 betrug, auf 94 sank.

31. XII—3. I. Fortwährend Erbrechen.

7. I. Der Schlaf war sehr gestört durch Urindrang. Patient klagt über Leibschmerzen und Uebelkeit. Am Morgen stellten sich sehr heftige Schmerzen im After und Penis ein, mit Tenesmus und Urindrang. Ich werde gleich hier die Anal- und Penalbeschwerden, wie sie im weiteren Verlauf auftraten, charakterisieren. Ist der Stuhl hart, und geht er schwer ab, so dass Patient pressen muss, so hatte er stets längs des Rückgrats das Gefühl, als ob er elektrisiert würde. Leidet er an Diarrhöen, so hat er überhaupt nicht das Gefühl der Entleerung. Es besteht vollständige Anaestesie recto-anale im Sinn Fourniers, ausserdem das Gefühl von völligem Abgestorbensein in der Gegend des Kreuzbeins. Was nun den Anfang der rectalen Krisen betrifft, so ging ihnen ziemlich häufig ein starkes Frostgefühl in den U. E und im Leibe voraus. Einige Male wurde der Anfall durch sehr heftige neuralgische Schmerzen in den Fusssohlen und Kniegelenken eingeleitet. Dagegen stellten sich stets $1\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Ausbruch der Krisen heftige Schmerzen im Unterleib, Stiche in der Regio inguinalis und ein „prickelndes“ Gefühl am Damm ein. Namentlich letzteres vermittelte den Uebergang zu den Analbeschwerden. Die Art des Gefühles in der Aftergegend kann er nicht recht beschreiben. Es macht sich besonders in der Gegend des Steissbeins aber auch am Kreuzbein eine eigentümliche, schmerzhafte, zusammenschnürende Empfindung geltend, die er als unheimlich bezeichnet. Häufig bleibt dieselbe auf den einen Ort beschränkt; bisweilen zieht sie sich aber auf der Aussenfläche des Kreuzbeins entlang über den Damm bis zum Penis hin, um sich hier hauptsächlich in der Glans zu localisieren. Hier hat er das äusserst schmerzhafte Gefühl, als ob man dieselbe mit Nadeln durchbohre, oder mit einem glühenden Eisen im Vorderteil der Urethra herumwühle. Die Penisbeschwerden traten, wie der Verlauf zeigt, durchaus nicht immer im Anschluss an die Rectalkrisen auf, gingen denselben vielmehr oft voran, oder bestanden selbständig ohne Rectalschmerzen. Sind nun die Schmerzen auf ihrem Höhepunkt angelangt, so verspürt Patient starken Stuhl- und Harn-

drang, ist jedoch niemals im Stande, Stuhl oder Harn von sich zu lassen. Ja, das Bestreben, im Anfalle Stuhlgang herbeizuführen, steigerte die Schmerzen zu einer qualvollen Höhe. — Legte sich Patient — und darauf möchte ich besonders hinweisen — im Anfang eines Anfalles gleich zu Bett, so erreichten die Schmerzen niemals ihren Höhepunkt. Das frühzeitige Aufsuchen des Bettes, sobald sich das „unheimliche Gefühl" innerhalb der Wirbel einstellte, die absolute Bettruhe, die Einwicklung des Leibes in wollene Decken und seine Erwärmung, haben oft die Schmerzanfälle coupiert, oder wenigstens erträglich gemacht. Hat dagegen Patient den Anfall über sich hereinbrechen lassen, ohne das warme Bett aufzusuchen, so werden die Schmerzen so heftig, dass nur eine Morphiuminjection ihm Linderung verschaffen kann. Dann verlieren auch die Einwicklung in Decken, die Bettruhe ihre sonst so wohlthuende Wirkung. Der erste Anfall von penalen und rectalen Krisen wurde am 7. I. beobachtet, der zweite trat erst am 21. I. ein. In der Zwischenzeit klagte Patient abwechselnd über Incontinentia urinae und alvi, und Retentio urinae. Teils kann er nicht einmal warten, bis er das Klosett erreicht, oder das Uringlas angesetzt hat, da der Urin beständig abfliesst, teils läuft trotz des grössten Dranges von Seiten des Patienten der Urin nur tropfenweise ab. Dem lebhaften Stuhldrange folgend, eilt er zum Abort, um sich Linderung zu verschaffen, allein der Stuhl bleibt aus. Hatten also die Beschwerden vom 7. XI. überhaupt nicht gänzlich aufgehört, so trat doch erst am 21. I. eine Exacerbation ein. Die Schmerzen begannen dieses Mal 1 fingerbreit oberhalb der Symphyse im Penisschafte, gingen dann auf die Glans über, wo sie besonders heftig wüteten (ca. 5 Stunden). Urindrang bestand nicht. Die Analkrisen blieben aus. Gleichzeitig bestehen Herzklopfen, besonders nach der Mahlzeit, Uebelkeit, Erbrechen, Stiche in der Regio umbilicalis, die sich alle 15 Minuten wiederholen.

24. I. Neuralgische Schmerzen im ganzen Körper, namentlich im Rücken und in den Waden.

29. I. Anal- und Penalkrisen, die nach M. Injection in 15 Minuten vorübergingen.

30. I. Penalschmerzen, die Analschmerzen sind sehr unbedeutend; gleichzeitig tritt im Scrotum ein eigentümlich kitzelndes Gefühl auf, das sich von dort bis zur Analöffnung erstreckt.

31 I.—6. II. Patient fühlt sich nach dem Anfall sehr elend, er liegt teilnamslos im Bett.

In der Nacht treten

7. II. Herzklopfen, lebhafte Schmerzen in der ganzen Brust auf.

8. II. Blitzartige Schmerzen in den U. E, zu denen sich am

9. II. allmählich die Analkrisen gesellen. Morphiuminjectionen.

13. II. Analkrisen, ohne Vorboten, heftiger Stuhldrang (1 Stunde circa). Am Abend, nachdem Patient aufgestanden, neuer Anfall, verbunden mit Penalbeschwerden.

14. II. Morgens Analschmerzen. Gleichzeitig heftiger Drang zu urinieren. Dieselben verschwinden bald, und lebhafte Stiche in der Glans penis stellen sich ein.

15.—17. II. Keine Klagen.

18. II. Abends Analkrisen, von kurzer Dauer.

21. II. Seit einigen Tagen permanente Schmerzen im Kreuz und grossen Zehen.

24. II. Heute Morgen stellte sich plötzlich Urindrang ein, im Anschluss daran Analkrisen. Dieselben dauern bis zum

25. II., wo sie sehr heftigen crises gastriques das Feld räumen.

27. II. Patient wird auf Wunsch aus der Anstalt entlassen.

Im Anschluss an diesen von mir mitgeteilten Fall und an der Hand der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen will ich nunmehr zunächst das Symptomenbild der rectalen Krisen resümierend betrachten, um dann das Wenige, was wir über urethrale Krisen wissen, anzufügen.

Während Leyden behauptet, dass rectale Beschwerden erst in der späteren Periode der Tabes auftreten, sahen Vulpian (Malad. du système nerveux 1879, p. 248), Charcot, Westphal dieselben oft als erste Symptome der Erkrankung. In meinem Fall erschienen sie relativ spät.

Nach Charcot treten sie im Monat 2—3 mal auf, verbunden mit heftigem Urindrang und heftigen Schmerzen während des Urinierens. Sie sollen häufig mit douleurs fulgurantes vorkommen. Er, Vulpian, Spitzer weisen auf das Gefühl des Patienten hin, als ob im Mastdarm ein Fremdkörper vorhanden wäre. Fournier spricht dann von Formicationen im After, Eckert von Pochen „als ob ein Puls im After wäre.“ Vulpian beschreibt heftige cholera-artige Durchfälle, verbunden mit Brechneigung. Alle Autoren betonen gleichmässig das fortwährende scheinbare Bedürfnis, zu Stuhle zu gehen, und das vergebliche Bemühen, eine Defäcation herbeizuführen. Fast alle sprechen von lebhaften Schmerzen nach der Entleerung. Bei unserem Kranken steigerte der blosse Versuch, dem inneren Drange während des Anfalles nachzugeben, die Schmerzen zu einer unerträglichen Höhe. Anesthésie recto-anale, wie sie Fournier schildert und Eckert bestätigt, haben wir auch bei dem Patienten beobachtet. Ausserdem bestand bei ihm auch in den Zwischenzeiten ein Gefühl von Abgestorbensein am After und der ganzen Kreuzbeingegend, ferner bisweilen die Sensation bei der Entleerung, als ob er am Rücken elektrisiert würde. Dagegen bestanden douleurs térébrantes (Charcot), welche auch Fournier leugnet, niemals. Auch die von Vulpian vielfach beobachteten douleurs lancinantes vermissten wir bei unserem Patienten während des Anfalles. Zwischen den einzelnen Attaquen waren sie dagegen etwas ganz Gewöhnliches. Eine bestimmte Zeit für das Eintreffen der Krisen angeben zu wollen, halte ich für durchaus unberechtigt. Für sie gilt eben, wie für alle visceralen Krisen das, was Vulpian auf p. 248 (Maladies du système nerveux) sagt: Ces accès de douleur peuvent être très passagers ou avoir

une durée de quelques heures. A la suite de ces accès qui ont pu se répéter plusieurs fois à de courtes intervalles, plusieurs mois peuvent s'écouler sans nouveaux accidents morbides. — Von Vorboten sprechen, so viel ich weiss, die Beobachter gar nicht, vielmehr sollen die Anfälle ebenso unvermutet den Kranken überfallen, wie sie plötzlich verschwinden. Demgegenüber möchte ich betonen, dass, wie den epileptischen Krämpfen eine Aura voraufzugehen pflegt, auch bei unserem Patienten häufig Vorboten den Anfall ankündigten, sei es ein heftiges Frostgefühl im ganzen Körper, sei es blitzartiger lancinierender Schmerz; ferner kann ich die Angaben Eckerts bestätigen, der in zwei Fällen gastrische und rectale Krisen vereint beobachtete, wobei die rectalen verschwanden, sobald die gastrischen ihren Höhepunkt erreicht hatten. Bei meinem Patienten bestanden ausserdem noch crises uréthrales und pénales. Nach alledem wird man wohl von einem typischen Bild der Rectalkrisen nicht reden können, vielmehr der Art ihres Auftretens den weitesten Spielraum lassen müssen.

Was nun die Penalbeschwerden anbetrifft, so verdanken wir das Wenige, das wir darüber wissen, den Forschungen französischer Gelehrten. Zwar hat zuerst Leyden (Klinik der Rückenmarks-Krankheiten 1875 pg. 22) derartige Anfälle beschrieben, leider aber spricht er nichts Bestimmtes über die Diagnose aus, wie wohl man nach den angegebenen Symptomen mit Wahrscheinlichkeit behaupten kann, dass es sich um Tabes gehandelt hat. 1872 stellte sich ihm ein 54 jähriger Büchsenmacher vor, der über Schwäche und Unsicherheit in den Füssen, Schmerzen im Kreuz, die sich längs der Wirbelsäule bis zum Genick hinaufzogen, ferner häufiges Erbrechen, hartnäckige Verstopfung klagte. Dazu kamen beim Urinlassen krampfartige, brennende, pressende Schmerzen, welche sich über den Damm bis zum After hinziehen und erst aufhören, wenn es ihm gelungen ist, durch Pressen einige Tropfen Urin zu entleeren. — Charcot, der 1877 zuerst die Symptome von Seiten der Harnorgane von denen des Mastdarms trennte

und douleurs vésicales, uréthrales, rectales unterschied, spricht von einem häufigen Urindrang, mit lebhaften Schmerzen in der Urethra, besonders beim Urinieren. Gleichzeitig spricht er von einer viel seltener auftretenden Affection des Genitalapparates, der Satyriasis, der Begattungswut bei Männern. Die charakteristischen Symptome dieser eigenartigen Erscheinung gipfeln in häufigen Erectionen, die teils vollständig, teils unvollständig sind, und in unserem Fall merkwürdiger Weise nicht bloss mit Samenejaculation, sondern auch mit reichlicher Urinentleerung endeten.

Bei einer Frau hatte Charcot Gelegenheit, ein analoges Phänomen zu beobachten; während die lancinierenden Schmerzen besonders wüteten, traten bei der Patientin anfallsweise Wollustgefühle auf mit reichlicher vaginaler Secretion. Diese Krisen der Sexualorgane, anhaltende Erectionen, die nur während einer kurzen Periode auftreten, dann die Halberektionen, rasch vorübergehende, verfrühte Ejaculationen, Fehlen der Libido etc. hat Fournier in seiner bereits erwähnten Arbeit glänzend geschildert. Es liegt aber nicht in unserm Sinn, auf dieselben näher einzugehen. Nach Charcot lenkten Hardy, Gyon (Maladies des voies urinaires), Queudot (Thèse de Paris: Les douleurs, qui peuvent se montrer dans les voies génito-urinaires au cours de l'ataxie locomotrice) die Aufmerksamkeit auf diese Erscheinungen. Wir werden im folgenden die Beobachtungen dieser Forscher der Schilderung zu Grunde legen.

Les crises uréthralgiques, sagt Queudot, se manifestent quelquefois seules . . . Elles se manifestent quelquefois sous forme de douleurs vives, cuisantes, lancinantes siégeant dans toute la longueur de l'urèthre; elles se limitent quelquefois au niveau du gland, simulant dans quelques cas les douleurs, qu'éprouvent à l'extrémité de la verge des calculeux. Mais toujours les crises uréthralgiques n'atteignent point un degré aussi intense. On les voit se manifester sous forme de picotements, de fourmillements légers; enfin il est des cas, dans lesquels les malades n'accusent du côté de l'urèthre que des phénomènes de

pesanteur, de tension, qui comme les crises douloureuses surviennent par accès.

Uebereinstimmend berichten die Autoren, dass diese Anfälle, mag man sie nun urethrale, vesico-urethrale, oder vesicale nennen, stets mit dem lebhaften Bedürfnis des Harnlassens einhergehen.

Auch das Folgende (von Queudot) wird allgemein anerkannt: Tous ces besoins ne s'accompagnent bien souvent que de l'émission d'une petite quantité d'urine et encore celle-ci n'est elle expulsée bien souvent qu' à la suite d'efforts inouis, qui peuvent faire croire le malade atteint de retrécissement. D'autre fois, sagt Fournier, c'est une émission involontaire des urines, qui tourmente le malade. Auf alle Fälle soll der Patient am Schluss der Krise eine grosse Quantität Urin von sich lassen.

Die heftigen Schmerzen in der Urethra haben oft ein Blasensteinleiden vorgetäuscht und eine dementsprechende Therapie veranlasst. Sie brauchen sich nicht bloss auf die Urethra zu beschränken, sondern sie verbinden sich häufig mit analogen Erscheinungen der abdominellen Organe, besonders gern mit lebhaften gastrischen Krisen. Auch neuralgische Schmerzen in der Schulter, im Leibe, in den Extremitäten wurden während des Anfalles beobachtet. Haben die Schmerzen den Höhepunkt erreicht, so verschwinden sie eben so spurlos, wie sie unvermutet gekommen sind. Für einige Stunden bleibt gewöhnlich eine völlige Anästhesie zurück, so dass der Urin tropfenweise, aber in grosser Menge entleert wird, ohne irgendwelche Empfindung zu machen. (Ch. Féré, Archiv de Neurolog. VII p. 224.) Sehr charakteristisch ist für diese Anesthésie pénale, dass die Kranken, ebenso wie sie ihren unsicheren Gang durch die Augen controllieren, den Strahl des Harnes genau beobachten (confer pg. 9, Dr. Spitzer), um das Uringlas nicht zu früh abzusetzen. Bevor diese absolute Empfindungslosigkeit eintritt, treten auch die lebhaften Schmerzen zurück. Nach einigen Stunden zeigen sich dann Phänomene, die der Kranke geduldiger erträgt: des picotements légers, de l'engourdissement une

sensation de pesanteur au perinée, symptomes, qui marquent eux nettement la fin de la période d'irritation et indiquent sa proche destruction. Nicht selten dauert aber diese Anaesthesie an, l'incontinence d'urine s'établit à demeure, die Kranken fühlen weder Sonden noch Katheter. Die Folge dieser Unempfindlichkeit ist Geschwürsbildung innerhalb der Urethra, durch Sondenverletzung hervorgerufen, oder auch völlige gangraenöse Zerstörung. Eine eitrige Cystitis macht dann dem Leiden ein Ende. Häufig zeigen diese Krisen nicht dieses charakteristische Bild. So bestehen oft nur Kriebelgefühl und Stiche im Penis oder nur in der Glans, Phänomene, die schnell verschwinden, ohne mit weiteren Erscheinungen einherzugehen. Was das Auftreten dieser Krisen betrifft, so können sie sich stündlich, täglich, nach Monaten wiederholen. In den Intervallen sollen sich die Patienten wohl fühlen. Einige dieser eben besprochenen Symptome konnte ich auch bei meinem Patienten beobachten. Sie äusserten sich auch bei J. in einem Kriebelgefühl, ihm däuchte, dass man seinen Penis mit Nadeln durchsteche oder ein feuriges Eisen hineinstosse. Auch im Scrotum stellten sich Formicationen ein, und gingen von dort den Damm entlang bis zur Analöffnung. Trotz des lebhaftesten Drängens läuft der Urin nur tropfenweise ab. Dagegen besteht eine Anesthésie uréthrale nur bisweilen; dann wird J. erst durch die Nässe der Kleider auf die unfreiwillige Harnentleerung aufmerksam. Eine länger dauernde Anaesthesie nach den Anfällen habe ich nicht wahrgenommen. Dieselbe verschwand stets in kürzester Zeit und die Sensibilität kehrte zurück. Neuralgische Schmerzen während des Anfalles bestanden niemals, wohl aber gingen sie oft den Krisen vorauf. Ziemlich häufig fielen die penalen mit den rectalen zusammen, seltener die penalen mit den gastrischen, nur einmal traten alle drei gleichzeitig auf. Bestanden penale und rectale, so traten die rectalen in den Hintergrund. Daher kann ich auch die Behauptung Queudot's nicht gelten lassen. „die penalen Schmerzen erreichen nie einen hohen Grad". Im Gegenteil versicherte Patient mir stets auf das

bestimmteste, dass die Schmerzen in der Glans ihn bei weitem am meisten quälten; er wolle lieber alles andere über sich ergehen lassen, nur nicht das entsetzliche Gefühl haben, als ob seine Glans ihm langsam verbrenne.

Die Anfälle waren von verschiedener Dauer; bald währten sie nur 15 Minuten, bald zogen sie sich mehrere Tage hin. Am Ende eines Anfalls hat Patient mitunter eine grössere Menge Urin entleert, ohne jede Beschwerden.

Zur Illustration obiger Bemerkungen und zur Erweiterung des Krankheitsbildes mögen noch einige Fälle hier Erwähnung finden:

Raymond und Oulmont (Gaz. de Paris 1881) hatten einen 41jährigen, nie syphilitisch inficierten Kranken in Behandlung, der seit einigen Jahren an Ataxie und seit 10 Jahren an lancinierenden Schmerzen litt. Plötzlich erwachte Patient mit einem unwiderstehlichen Harndrang, konnte jedoch unter heftigen Urethralschmerzen nur wenige Tropfen entleeren. Der Anfall dauerte nur wenige Minuten, kehrte aber nach $^1/_4$—$^1/_2$stündlicher Pause zurück; die ganze Affektion währte 12 Stunden. Bei ihrem Ende floss merkwürdigerweise Blut aus der Harnröhre, der Harn war den Tag über blutig gefärbt, sodass man Blasensteine vermutete. Die Sondenuntersuchung widerlegte diese Annahme. In circa 8tägigen Zwischenzeiten wiederholten sich diese Krisen, schlossen sich meist an stärkere Anfälle lancinierender Schmerzen an, was ich auch bei meinen Patienten oft beobachtet habe. Eine aufrechte Stellung vermehrte die Schmerzen in der Urethra, Morphiuminjektion verminderte sie etwas. Dieser Fall steht in der Litteratur vereinzelt da. Etwas häufiger wird ein Symptomenkomplex beobachtet, für den ich folgendes aus der Litteratur entlehnen möchte.

Queudot beschrieb 1882 ausführlich 3 Fälle von crises uréthrales. In dem ersten Fall handelt es sich um einen hereditär nicht belasteten Mann von 28 Jahren, der vor einigen Monaten an unerträglichen Schmerzen im Epigastrium und heftigem Erbrechen erkrankte. Trotz

lebhaftesten Harndranges bestand Retentio urinae. Infolge Katheterisierung wurden die Schmerzen noch heftiger. Bald darauf trat eine mit Leibschmerzen und Urinbeschwerden combinierte Krise auf, die 8 Tage anhielt. Die Diagnose wurde von Hardy gesichert durch Nachweis der Ataxie, bestehende lanc. Schmerzen, das fieberlose Auftreten der Anfälle, die Abwesenheit fremder Bestandteile im Urin, schliesslich durch das Fehlen der Patellarreflexe.

In einem anderen Falle, den Prof. Richet (Paris) 1882 behandelte, bestand gleichzeitig Retentio urinae und Obstipation. Man vermutete eine Strictur, konnte aber die Sonde ohne Schwierigkeit einführen. Nach der Entleerung der Blase dauerten die Schmerzen an, beschränkten sich aber nicht bloss auf das Epigastrium, sondern strahlten auch längs des Penis aus: donnant au malade la sensation d'aiguilles, qui pénétreraient dans la verge, elles se trouvent encore au périnée. Eine analoge Beschreibung gab auch mein Patient. Zum Schlusse eine persönliche Beobachtung Queudot's: Ein 51jähriger Gelehrter syphilitisch, Tabiker, empfand plötzlich lebhafte Schmerzen in der Urethra, besonders in der Glans, die 3—4 Stunden anhielten. Während des Coitus trat plötzliche Impotenz, Schmerzen in der Glans, im Damm und Epigastrium mit lebhaftem Urindrang auf. Es konnten auch hier nur wenige Tropfen entleert werden. Einen Monat später wiederholten sich diese Anfälle mit Gefühl von Steifigkeit in den Gliedern. Nach 1 Jahr war der Zustand der gleiche, nur bestanden fortwährend Schmerzen in der Glans und den Harnwegen.

Am Schlusse dieses Kapitels angelangt, möchte ich noch einmal das Wesentliche der Penalkrisen hervorheben:

1) Sie können sich in irgend einem Teil der Harnröhre localisieren.

2) Sie combinieren sich gern mit analogen Krisen des Magens, des Rectums und den douleurs fulgurantes, die ihnen auch häufig voraufgehen.

3) Sie bestehen ausser den sensiblen (Paraesthesien) Störungen, in Retentio, Incontinentia urinae, Dysurie.

4) Sie bedingen nicht selten wegen der Anaesthesie eitrige Cystitis, Gangraen der Urethra, Pyelonephritis.

5) Sie machen, wenn sie in der ersten Periode der Erkrankung auftreten, nicht selten der Diagnostik bedeutende Schwierigkeiten, lassen sich aber, wenn sie häufig wiederkehren und ohne Fieber verlaufen, für die Diagnose Tabes verwerten.

6) Sie können in jeder Periode der Rückenmarkserkrankung auftreten.

Was nun speciell das Verhältnis der penalen zu den rectalen Krisen anbetrifft, so fällt sofort die auffallende Aehnlichkeit der beiden Erscheinungen in die Augen. Beide sind durch abnorme Sensationen in den beiden Kanälen ausgezeichnet; der Anesthésie recto-anale entspricht die Anesthésie uréthrale. Ténesme intestinale dem häufigen Urindrang. Die tabische Diarrhoe könnte man der zeitweisen Vermehrung der Urinmenge nach dem Anfall gleichstellen. Bei beiden Affectionen fällt das vergebliche Bemühen der Patienten in die Augen, Stuhlgang herbeizuführen oder Urin zu entleeren. Nur ein einziges Mal verliefen die Penalkrisen bei meinem Kranken ohne jeden Urindrang. Jeder Versuch steigert die Beschwerden. Dem Gefühl des Ténesme recto-anale steht die Sensation der Völle der Blase zur Seite, wie sie, so viel ich weiss, allerdings erst einmal von Dr. Spitzer beschrieben wurde.

Die Dauer beider Phänomene ist unberechenbar, nicht minder die einzelnen Pausen zwischen den Attaquen.

Hiernach wird man auch bei den Penalbeschwerden ebenso wenig von einem typischen Bild sprechen können, wie bei den Rectalkrisen.

In ein paar Worten möchte ich noch Prognose und Therapie berühren. Die erstere ist immer dubia, weil die Schmerzen die Kranken zur Verzweiflung treiben, sie zwingen, die menschliche Gesellschaft zu fliehen, vor allem aber infolge der Anaesthesie die Ursache für Infectionen aller Art bilden können. An eine Heilung ist natürlich nicht zu denken. Einer symptomatischen Behandlung widerstehen diese Erscheinungen, ebenso wie bei gastr.

Krisen Magenausspülungen ohne jeden Erfolg sind. Wir können nur durch kühle Bäder, kalte Uebergiessung, resp. nach der Individualität durch Einwicklung in wollene Decken, durch Aetherisation der betreffenden Teile — Amerik. Aerzte sahen hierbei grosse Erfolge! — schliesslich, wenn alles vergeblich, durch Narcotica das qualvolle Dasein den Unglücklichen einigermassen erträglich machen. Spitzer hat durch den aufsteigenden galvanischen Strom, durch Argentum nitricum, Secale cornutum, einige auffallende Besserungen erzielt. Ich habe die Schmerzen verfliegen sehen, wenn sich Patient rechtzeitig zu Beginn eines Anfalles zu Bett legte und sich in wollene Decken einhüllte.

Was nun schliesslich die anatomisch-physiologischen Grundlagen unserer Affectionen betrifft, so haben zuerst Westphal 1878, Déjérine 1883, und Titres und Vaillard (Contributions à l' étude des névrites périphériques chez les tabiques), dieselben genauer studiert. Aus allen geht hervor, dass eine atrophische Degeneration von Nerven ein durchaus nicht constanter Befund ist, dass man aber bisweilen eine herdweise Erkrankung der peripheren Endigungen antrifft, die keineswegs der spinalen Degeneration proportional ist. Dass bis jetzt die Pathologen über diese Nervenatrophie sehr geteilter Ansicht sind, beweisen neuere Untersuchungen von Joffroy und Aetard. (Gangrène cutanée du gros orteil chez les tabiques, considérations sur le rôle de la névrite périphérique dans l'ataxie.) Nach ihnen kann starke Anaesthesie oder Gangraen ohne Degeneration von Nervensubstanz vorhanden sein, oder umgekehrt kann ein sehr hoher Grad von Nervenatrophie bestehen, der sich durch keine Symptome verrät. Demgegenüber stehen Untersuchungen von Grocco und Fusari, welche in einem Fall von multipler Neuritis Degeneration des abdominellen Sympathicus und des Plexus coeliacus fanden. Darf man nicht vermuten, dass auch bei der Tabes dieselben Nerven betroffen werden können? Und wirklich, F. Raymond und Arthaud, zwei Schülern Charcots, gelang es in (Compt. r. d. l. société de Biologie 1881 p. 553)

einem Fall von Crises gastro-entériques ausser Bindegewebswucherung und Verdickung der Gefässe vor allem eine vorgeschrittene Pigmentatrophie und Schwund der sympathischen Ganglienzellen und Remak'schen Fasern und eine Auftreibung dieser letzteren nachzuweisen. Dagegen fanden Titres und Vaillard im Tractus intestinalis durchaus keine Veränderungen. So widersprechend diese anatomischen Untersuchungen sind, ebenso geteilt sind die Ansichten der Forscher über das physiologische Zustandekommen der Krisen.

Professor Vulpian sagt hierüber folgendes: „Das sensitive Nervencentrum wird im normalen Zustande durch Einwirkungen in Thätigkeit gesetzt, die die Empfindungsnerven auf der Peripherie reizen. Daraus geht hervor, dass jedesmal, wenn es einen Druck empfängt, der von einer Nervenfaser herrührt, es ihn empfindet, als ob er von dem an der Peripherie liegenden Ende dieser Faser herrühre, mag nun dieser Druck den einen oder den andern Punkt der Nervenvaser reizen, mag dieser Punkt sich dem Ende dieser Faser nähern, mag er in der Nähe des Markes oder gar innerhalb desselben liegen — immer wird für das Sensorium der Druck scheinbar von der Peripherie des gereizten Nervenelementes herrühren. Das ist eine der wohlerkannten Eigentümlichkeiten von der Thätigkeit der sensitiven Nervenfaser". Wird also, so führt Charcot aus, der Sympathicus durch eine Sclerose angegriffen, so wird der Druck stets scheinbar von der Peripherie des gereizten Nerven herrühren, was sich durch eine übermässige, functionelle Störung kund giebt. Die Eigentümlichkeit der sensitiven Nervenfasern, den Schmerz, dessen Sitz sie sind, auf die Peripherie zu übertragen, das sind Phänomene, die genügend das Erscheinen der visceralen, genito-urethralen Schmerzen erklären, sie reichen hin, um mit den Blasenschmerzen die Contraction des Sphincter durch Hyperaesthesie, die Retentio urinae zu erklären — immer vorausgesetzt, dass im Niveau der Wurzeln oder in der Dicke der Stränge eine Sclerose besteht. Nun sind aber die Ansichten über die anatomischen Veränderungen

noch zu widersprechend, ja aus dem klinischen Bild der Anfälle, von denen die Patienten unvermutet überfallen werden, während sie in den Zwischenzeiten gar keine Abnormitäten darbieten, scheint hervorzugehen, dass den Krisen eine gröbere anatomische Störung schwerlich zu Grunde liegen kann. Indessen wir müssen, wenn wir es auch noch nicht für alle Fälle nachweisen können, uns den französischen Forschern anschliessen, welche einer „Sclerose" der Nervenfasern die merkwürdigen Erscheinungen zuschreiben. Neuerdings glaubt Ira von Gieson (Contribution of the laryngeal and other crises. Journal of nerves and ment. Dis. XV. 1892) eine Degeneration centripetaler Fasern annehmen zu müssen, da „für Schmerzkrisen ein Reizvorgang am aufsteigendem Schenkel des Reflexbogens das Wahrscheinlichste ist". Gieson vergleicht sehr treffend diese Krisen mit epileptischen Anfällen und weist darauf hin, dass wir auch bei der Epilepsie einem centralen Herd nicht ansehen können, ob er zu Krämpfen geführt hat, oder nicht. Gleichzeitig sucht er uns auch das explosionsartige Auftreten der Anfälle erklärlich zu machen, was die Franzosen nicht für nötig halten. Er nimmt einen chemischen Process an, der die Anfälle bedingt, den wir aber nicht nachzuweisen imstande sind.

Nachtrag.

Am 9. Juni, 12 Wochen seit Entlassung des J. aus der Charité, suchte ich ihn in seiner Wohnung auf und erfuhr über seinen Zustand folgendes: Die crises anales und pénales waren niemals wiedergekehrt. Es bestand nur häufig Urindrang, dagegen stets Obstipation, die allen Medicamenten trotzte. Dauert jene mehrere Tage, so fühlt sich der Leib hart wie ein Brett an, die Extremitäten sind völlig gefühllos, wie abgestorben; Pat. glaubt, ihn habe der Schlag gerührt. Erst, wenn er Stuhlgang gehabt, treten diese lästigen Erscheinungen zurück. Auch die neuralgischen Schmerzen treten zuweilen noch auf: das Kniegelenk schwillt an und schmerzt lebhaft. Abgesehen von zeitweise auftretenden Magenbeschwerden haben sich

charakteristische Anfälle ausgebildet, welche die Hauptklagen des Patienten ausmachen. Zwar hatten wir während seines Aufenthaltes in der Klinik schon ähnliche Symptome beobachtet, doch waren sie bei weitem nicht so selbständig aufgetreten und verschwanden gegenüber den Penis- und Mastdarmkrisen.

Er hat jetzt ungefähr alle 14 Tage wollüstige Träume, wobei es stets zu Ejaculation von Sperma und gleich darauf zu einer ausgiebigen Entleerung der Blase kommt; letztere findet stets unfreiwillig statt und erfolgt schon, bevor er das Bett verlassen hat, um das Uringlas anzusetzen.

Patient fürchtet diese Träume, da er weiss, dass sie für ihn die Vorboten einer schweren Leidenszeit sind. Denn stets erwacht er am nächsten Morgen, körperlich und geistig gebrochen. Ein entsetzlicher Schmerz, der sich vom Promontorium bis zur Vertebra prominens an der Innenfläche des Rückgrats nach oben zieht, und sich auch in der Brust als douleur en ceinture zu erkennen giebt, nötigt ihm die jammervollsten Klagetöne ab. Er wirft sich mit zusammengebissenen Zähnen auf seinem Lager bald hier bald dort hin, er hält den Atem an, denn jede tiefere Inspiration steigert den unerträglichen Schmerz, er rennt mit dem Schädel gegen die Wand und thäte sich ein Leid an, wenn die Angehörigen ihn daran nicht hinderten. Nur ein einziges Mittel mit Ausnahme des Morphiums besitzt er, dass ihn für 2—3 Minuten Linderung bringt: das gewaltsame, ununterbrochene Erbrechen; er steckt sich den Finger in den Schlund bis sich grüne, mit Galle vermischte Massen entleeren. Nur während des Brechaktes hat er Ruhe, er kann dann auch für wenige Minuten tiefer inspirieren, ohne die Schmerzen zu vermehren.

Diese Anfälle, welchen also stets eine Ejaculation von Sperma voraufgeht, wiederholen sich mit auffallender Regelmässigkeit 2 mal im Monat und halten 2 Stunden an. Nach Morphiuminjection verschwinden sie schnell wieder. Hat der Anfall sein Ende erreicht, so fühlt sich Patient nicht etwa angegriffen, im Gegenteil, Patient ist wohl und munter, hat starken Appetit und unternimmt dann kleinere

Spaziergänge mit grösster Leichtigkeit. Dieses Wohlbefinden hält dann bis zum nächsten Anfall an, wo er von neuem das Opfer qualvollster Schmerzen wird.

Diese unerträglichen Schmerzen, welche der Krankheit ihr typisches Gepräge verleihen, gaben schon Remak Veranlassung, eine besondere Form daraus zu machen, die er Tabes dolorosa nannte. Gleichzeitig verbindet er mit dieser Bezeichnung eine relativ günstige Prognose.

Leyden dagegen bestreitet die Berechtigung, zwei Krankheiten von einander zu trennen, die sich nur durch den Grad der Heftigkeit der Schmerzen von einander unterscheiden. Ausserdem berichtet er von Fällen „hochgradigster, schnell fortschreitender Ataxie, verbunden mit den heftigsten, consequentesten Schmerzen".

Während nun diese Schmerzen gewöhnlich zu Beginn der Tabes besonders häufig in den unteren Extremitäten auftreten, sehen wir sie sich hier in der zweiten Periode der Krankheit entwickeln und zwar an einer Stelle, die durchaus nicht ihr gewöhnlicher Ort ist. Man wird beinahe zweifelhaft, ob man sie hier noch douleurs fulgurantes bezeichnen darf. Sie bildeten während 4 Monaten das hauptsächlichste in die Augen springende Symptom von Seiten der Systemerkrankung, sie traten mit einer so elementaren Gewalt ein und marterten den Patienten in so furchtbarer Weise, dass man geneigt ist, alle diese Schmerzattaquen unter dem gemeinsamen Namen Tabes dolorosa zusammenzufassen, ohne übrigens irgend etwas über die Prognose sagen zu wollen.

Am Schlusse erlaube ich mir, Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. Leyden für die gütige Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen. Herrn Oberarzt Dr. Klemperer, Assistent der I. medicinischen Klinik zu Berlin, der mich mit grosser Liebenswürdigkeit unterstützt hat, sage ich meinen besten Dank.

Thesen.

I.

Die Vulvovaginitis der Kinder ist in der grossen Mehrzahl der Fälle durch den Neisser'schen Gonococcus bedingt.

II.

Die pessimistischen Anschauungen über die Heilbarkeit einer chronischen Gonorrhoe resultieren aus einer nach falschen Principien geleiteten Therapie.

III.

Der Nachweis von Nervendegeneration erklärt nicht das Zustandekommen der Krisen bei Tabes.

Lebenslauf.

Verfasser, Erich Schayer, ist geboren am 10. Januar 1871 zu Berlin. Er ist evangelischer Confession. Seine Eltern sind der Kaufmann Eugen Schayer und seine Ehefrau Elise, geborene Kleinecke. Er besuchte das Luisenstädtische Gymnasium zu Berlin, welches er Michaelis 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Seitdem hat er in Berlin Medicin studiert. Die ärztliche Vorprüfung bestand Verfasser am 22. Juli 1891, das Tentamen medicum am 12. Juli 1893, das Examen rigorosum am 18. Juli 1893.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

v. Bergmann, du Bois-Reymond, Fasbender, Fritsch, Hartmann(†), Hertwig, v. Hofmann(†), Klemperer, Kundt, Leyden, Liebreich, Pinner, Schlange, Schulze, Silex, Schweigger, Virchow, Waldeyer.

Allen seinen Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.